

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 132

CURE RADICALE
DES
Hernies Inguinales et Crurales

Par le Procédé DUPLAY-CAZIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE FAUCOMPRÉ

Né à Besançon, le 14 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 132

CURE RADICALE

DES

Hernies Inguinales et Crurales

Par le Procédé DUPLAY-CAZIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE FAUCOMPRÉ

Né à Besançon, le 11 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUÇ.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. SIRAUD, Assesseur ;
MM. DURAND et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

C'est à M. le professeur agrégé Siraud que nous devons le sujet de ce modeste travail, sujet qui nous a séduit par son côté réellement pratique en ce temps où la chirurgie, grâce aux progrès de l'antisepsie, est mise mieux à la portée du praticien, dans des opérations aussi courantes que la cure radicale des hernies, à plus forte raison dans les opérations d'urgence. Nous avons souvent vu nous-même employer le procédé que nous étudions, et avons pu revoir quelques-uns des malades cités dans nos observations, et si cette thèse présente quelque mérite, c'est grâce à M. le professeur agrégé Siraud qui nous a mis à même d'étudier sur les faits l'opération en question ; il sait d'ailleurs qu'il peut compter sur la reconnaissance que nous lui devons.

Cinq de nos observations des plus détaillées nous ont été communiquées par M. le médecin-major Marcus ; nous le remercions vivement de son obligeante amabilité.

M. le professeur Laroyenne a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. C'est grand honneur qu'il nous fait : nous saurons ne pas l'oublier.

Nous tenons aussi à remercier M. le docteur Rougier qui nous a toujours montré une grande bienveillance, aussi bien à sa clinique du dispensaire que dans toutes les occasions où il a pu nous être utile.

INTRODUCTION

Depuis quelques années la cure radicale des hernies est entrée dans la pratique des opérations courantes ; il est peu de chirurgiens qui n'aient apporté aux procédés établis, avec ou sans fils perdus, quelques modifications personnelles dont la variété à l'infini demanderait une trop longue étude comparative.

Notre sujet exige cependant le rapide exposé de quelques-uns de ces procédés, d'une originalité et d'une valeur réelles, mais dont les résultats à distance sont peut-être contestables ; à ces procédés nous opposerons celui de la nouûre du sac proposé par MM. Duplay et Cazin, que nous avons vu pratiquer à Lyon, avec quelques variantes, dans un certain nombre de cas.

Certes, nous ne sommes pas le premier à écrire sur ce procédé dont la valeur a été appréciée dans des thèses antérieures. MM. Payot et Dézon (Thèses Paris, 1896-1897), nous ont rendu la tâche facile en étudiant consciencieusement la technique en question dont ils ont préconisé les avantages.

Il nous a semblé, pourtant, que ce nouveau moyen de cure radicale, vanté par eux, n'allait pas sans quelques accidents fréquents. Or, leurs 40 observations ne relatent aucun incident, sauf dans un seul cas où se produisit le sphacèle du sac, alors que nos observations personnelles l'ont, au contraire, signalé à mainte reprise.

Nous estimons que cette absence d'incidents n'est pas dû aux hasards d'une heureuse série.

Est-ce une raison suffisante pour bannir un tel procédé? Non, car outre que l'accident est loin d'être constant (en admettant qu'il se présente), il n'empêche pas la guérison et ne constitue qu'un retard. Sa production même est peut-être compensée par le bénéfice d'adhérences consécutives à la suppuration avec oblitération complète du canal élargi.

Il est un autre avantage du procédé, qui constituera le point original de cette thèse. Nous n'avons point encore entendu dire qu'on ait tenté de le généraliser aux autres hernies, aux hernies crurales par exemple; or, à Lyon, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer et réussir cette intervention.

Voici le plan que nous suivrons dans cet exposé : nous rappellerons brièvement les inconvénients des procédés ordinaires avec fils perdus, et en faisant l'historique et la critique sommaire de quelques procédés sans fils perdus.

Nous exposerons en détail le procédé Duplay et Cazin, son manuel opératoire, ses variétés, ses indications et contre-indications, enfin son application

dans des cas de hernies inguinales et crurales avec les résultats.

Nous discuterons les accidents et les avantages du procédé, de façon à en faire une appréciation déduite de l'observation des faits.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Historique

Si l'on songe à la fréquence des hernies et à l'impuissance curative presque complète des bandages, on serait fort étonné de constater que les chirurgiens n'aient jamais rien tenté de plus actif contre cette terrible infirmité.

Malgré la crainte que l'on pouvait avoir autrefois sur l'issue d'une opération sanglante, si bénigne fût-elle, et *a fortiori* d'une intervention sur la cavité abdominale, les plus anciens chirurgiens, Celse et les Arabistes, ont cherché à guérir radicalement ce mal par une intervention active, opération sanglante ou profonde cautérisation, après réduction des viscères ; inutile de dire que les résultats étaient pitoyables ; la difficulté que cette cure radicale présente encore aujourd'hui nous explique surabondamment ces insuccès. Aussi, jamais l'opération ne fut-elle pratiquée fréquemment jusqu'au commencement du siècle présent.

Les progrès faits à cette époque par la chirurgie

d'armée communiquèrent aux partisans de la cure radicale une nouvelle audace; Gerdy, Thierry et Vidal de Cassis, par des procédés divers, obtinrent quelques succès, mais il faut arriver à la découverte de l'antisepsie pour voir la cure radicale devenir une opération courante, si fréquemment tentée que Trélat et Segond protestent contre cet engouement. « La cure radicale, dit le premier, doit être appliquée aux hernies qui ne sont ni complètement, ni facilement, ni constamment réductibles », et Segond, dans sa thèse d'agrégation, pose en principe que, « dans les hernies réductibles et coercibles, toute opération sanglante doit être sévèrement proscrite ».

Quoi qu'il en soit, après avoir incisé la peau, suivant le grand diamètre de la tumeur, divisé les divers plans cellulo-fibreux de la région jusqu'au sac, ouvert celui-ci et réintégré les viscères dans l'abdomen, on détachait soigneusement le sac des parties voisines, puis, en exerçant une traction, on faisait sortir à travers le trajet le plus de péritoine possible; on plaçait alors sur la partie la plus élevée du sac une ligature au catgut ou à la soie, et l'on réséquait la portion ainsi isolée. Le pédicule abandonné retombait dans la cavité abdominale et grâce à l'élasticité du péritoine, remontait au-dessus de l'orifice interne du trajet.

Il est certain qu'une telle opération pratiquée aseptiquement dans un cas de hernie étranglée, est encore la meilleure, car la plupart du temps, ce sont les plus petites qui s'étranglent le mieux et dont la récurrence, sans fréquence, est moins à redouter; de

même, dans une hernie de petit volume non étranglée, les résultats immédiats sont excellents et les résultats éloignés susceptibles de l'être également.

Mais ce n'est point, le plus souvent, dans ce cas-là que l'on pratique la cure radicale ; la plupart du temps c'est pour des hernies déjà volumineuses que les malades, sollicités depuis longtemps, voyant insensiblement la tumeur augmenter à mesure que le trajet se dilate et que ses parois cèdent sous la pression des viscères, que les malades, dis je, se décident à se confier au chirurgien.

Ce procédé classique de cure radicale se trouve alors en butte à deux sortes d'accidents : les uns immédiats, les autres éloignés. Les accidents immédiats sont la suppuration ou la non-fermeture de la cavité, accidents dûs aux fils qui infectent ou cèdent. Quant à la récurrence, elle est le fait de la dilatation du canal inguinal dont les parois élargies ne sont plus en contact assez serré pour empêcher une nouvelle hernie. Ces accidents sont-ils fréquents ?

Les fils perdus employés sont de deux sortes : résorbables ou non. Les fils résorbables, catgut le plus souvent, outre la possibilité de n'être pas aseptiques, peuvent se résorber trop vite avant que l'orifice lié du sac ne soit adhérent et fermé ; c'est un accident rare depuis qu'on emploie des fils d'une certaine durée, le catgut chromique, par exemple, qui ne se résorbe qu'au bout de 40 à 50 jours si l'on en croit les expériences.

Quant aux fils de soie non résorbables, l'opinion de chirurgiens experts est l'absence de tous accidents,

par leur asepsie propre; cependant la statistique suivante empruntée à des opérateurs consciencieux et soucieux d'une rigoureuse asepsie donne encore une énorme proportion. Les accidents seraient au nombre de :

55	pour 100	Esmarch,
49	—	Billroth,
42	—	Bergmann,
29	—	Helferich,
21	—	Kuster,
16,5	—	Heineke,
11	—	Corvin et Vicol,

par conséquent la proportion des inconvénients est tout au moins fort appréciable.

Le problème était donc d'abord d'obturer le canal inguinal, ensuite de supprimer les fils perdus.

Pour réaliser la première indication on pouvait agir de deux façons: obturer le trajet par un corps relativement étranger, le sac par exemple, ou bien encore, le sac étant réduit, refaire les parois du canal inguinal et en rapprocher les piliers.

Déjà, à la fin du siècle dernier, Garengéot pelotonnait le sac, le refoulait jusqu'à l'anneau inguinal supérieur, et l'y maintenait pour oblitérer le canal, au moyen d'un bandage spécial.

En 1841, Thierry préconise la torsion du sac qu'il fixe ensuite dans la plaie par quelques points de suture.

L'Anglais Ch. Ball reprend cette idée, et expose

ainsi les avantages et le manuel opératoire de son procédé :

« Les avantages, dit-ils, sont : 1^o la fermeture de l'orifice du sac plus complète qu'on ne peut l'obtenir en faisant la ligature ; 2^o la torsion du sac qui a pour effet de tendre le péritoine et de lui faire subir une rétraction dans l'intérieur de l'abdomen ; cette torsion peut, d'après l'auteur, détruire tout infundibulum péritonéal amorce de la récidue, et même déplier le péritoine dans le cas de pointe de hernie du côté opposé. Enfin le danger d'infecter le péritoine est diminué, car il est tordu sur lui-même et clos par des adhérences.

Voici le manuel opératoire de Ball : Après incision des téguments, isoler le sac du cordon spermatique, le libérer de ses adhérences au niveau du collet, puis, la séparation étant complète, saisir le sac en travers avec un clamp et lui faire subir quatre à cinq tours de torsion complète. La torsion achevée et maintenue, placer une ligature au catgut phéniqué autour du nœud, passer ensuite chacun des deux chefs avec une aiguille à travers les parois latérales de l'anneau au-dessus de l'orifice interne du canal et le plus haut possible.

L'Américain Phelps fait une suture en faufl dans le sens de la longueur du sac, en contourne le sommet et continue sur l'autre face pour ressortir en un point situé le plus haut possible et diamétralement opposé au point d'entrée ; en tirant sur les deux chefs, il fait rentrer le sac à l'intérieur de la cavité abdominale, puis il les noue et les serre.

Mais le procédé le plus typique et le meilleur de pelotonnement du sac est celui de Macewen qui est ainsi réglé :

Après incision des téguments, il va à la recherche du sac qu'il isole complètement ; il en constitue une sorte de pelote qu'il retrousse jusqu'au dessus de l'anneau inguinal interne. A cet effet il replie le sac un certain nombre de fois sur lui-même. Puis, préparant un long fil de catgut à l'extrémité duquel il fait un nœud, il embroche tous ces replis en allant du fond du sac vers son collet. L'extrémité libre du fil est passée d'arrière en avant à travers les aponévroses de la paroi abdominale à deux centimètres environ au-dessus de l'orifice inguinal supérieur et, arrêté par un nœud, sur l'aponévrose du grand oblique.

Tel quel, ce procédé donne des résultats immédiats et éloignés excellents ; il est d'ailleurs presque exclusivement employé en Angleterre.

Le deuxième mode d'oblitération du canal est constitué par la réparation des parois du trajet au moyen de sutures étagées, et le procédé-type est connu sous le nom de procédé de Bassini qui l'a inventé et vulgarisé.

Procédé de Bassini. — Il est assez connu pour qu'il ne soit point nécessaire d'en donner en détail le manuel opératoire. Il consiste à reconstituer d'abord la paroi postérieure du canal en rétrécissant l'anneau inguinal interne, ensuite la paroi antérieure, de telle sorte qu'un canal long étroit et très oblique livre passage au cordon.

Cette restauration du canal présente une telle utilité au point de vue du résultat éloigné, que, la plupart du temps, tous les autres procédés de cure radicale sont suivis et comme complétés par cette opération.

Quant à la suppression des fils perdus, le problème a été résolu de diverses façons.

M. Jaboulay est le premier, croyons-nous, qui employa, en 1891, un procédé connu depuis sous le nom de Kocher qui l'a vulgarisé. Son inventeur lui-même lui accorde une grande valeur au point de vue des résultats immédiats, mais, nous a-t-il dit lui-même, il a été obligé de l'abandonner, car la suppuration, à la suite de nécrose du sac, était une fréquente complication. Il a eu, paraît-il, de longues et tenaces suppurations à la suite d'une telle intervention.

L'opération consiste, le sac ayant été disséqué, à faire une boutonnière à travers la peau et les aponeévroses de l'abdomen, à quelque distance de l'anneau inguinal supérieur, et à y engager le sac libéré de ses adhérences et saisi par une pince à forcipressure.

Deux ans plus tard, M. Pouillet présente à la Société de Chirurgie six malades opérés d'après un procédé qu'il croit original, mais dont Langenbeck, en 1874, avait déjà posé les principes.

L'orifice externe du canal, dit M. Pouillet, doit être solidement obturé par des matériaux empruntés au tissu fibro-périostique qui adhère solidement à la face externe du pubis ; de plus la cavité péri-

tonéale ne doit jamais être ouverte; enfin il ne doit rester, après quelques jours, dans l'orifice obturé, aucun fil ni corps étranger aux tissus de l'organisme. La méthode est applicable à la hernie crurale même chez le vieillard.

Manuel opératoire. — Isoler le sac, le réséquer ou non.

Disséquer et séparer à la rugine un lambeau fibro-périostique disposé en éventail au-dessous de l'épine du pubis, sur la face antérieure de cet os. On laisse à ce lambeau un prolongement aponévrotique nacré qui fait partie de l'insertion du premier adducteur.

Ce lambeau et son prolongement tendineux doivent avoir une étendue, dans chaque cas particulier, proportionnée à l'étendue de l'orifice à obturer. La rugine détache même l'épine pubienne qui reste à la face profonde du lambeau. On relève celui-ci en haut pour la hernie inguinale, en dehors pour la hernie crurale et l'on passe la partie libre du lambeau à travers le rebord fibreux de l'orifice de la hernie, comme on le ferait avec l'extrémité d'une courroie, ou comme l'on ferme un portefeuille.

Pour fixer le tout on passe des fils métalliques dont les chefs sortent à travers la peau, car tous les fils doivent être retirés le huitième jour.

En 1896, MM. Duplay et Cazin font connaître la première partie du procédé actuel qui porte leur nom, posant en somme le problème de la suppression des fils perdus.

Un an après, M. Defontaine, chirurgien en chef

de l'hôpital du Creusot, donne une solution de la question en publiant la méthode qui porte son nom et qu'il emploie exclusivement, dit-il, dans tous les cas de cure radicale qu'il pratique.

L'originalité consiste dans la ligature du sac avec fils temporaires.

« Le but, dit M. Defontaine, étant d'avoir un procédé simple et applicable à tous les cas, on ne pouvait, je pense, mieux faire que de se rapprocher le plus possible du procédé généralement employé, faisant avec des fils amovibles ce qu'on fait avec des fils perdus, c'est-à-dire lier le sac très haut et le réséquer.

Supposons une hernie inguinale gauche : l'opération a été conduite suivant les règles ordinaires, le moment de lier le sac est venu.

L'aide opérant la traction qui abaisse sac et péritoine, et la fente du sac étant prolongée près de l'anneau inguinal, l'index gauche est introduit en profondeur jusqu'à la cavité abdominale. Prenant alors une grande aiguille courbe à manche, du genre de l'aiguille d'Emmet, on l'enfonce dans la paroi abdominale en un point situé sur le prolongement de l'incision cutanée, et à une distance correspondante du point où se trouve engagée, dans le sac, l'extrémité de l'index gauche, c'est-à-dire l'orifice inguinal profond, ou un peu au-dessus. On dirige sa pointe sur l'extrémité de cet index; dès que la pointe de l'aiguille a troué la partie antérieure du sac, on a retiré l'index pour le porter sous le sac tout entier, et présenté à l'aiguille restée immobile

la paroi postérieure du sac qui est traversée de part en part par l'aiguille qui n'a pu piquer ni épiploon ni intestin. D'un mouvement synergique, l'index gauche et l'aiguille sont ramenés par la plaie.

On enfle alors dans le chas de l'aiguille situé près de sa pointe deux crins de Florence. En retirant l'aiguille, un bout de chacun d'eux est sorti au point où l'aiguille a piqué la peau. Une pince les y arrête.

L'index gauche est ensuite réintroduit dans le sac tendu dont il sent les bords jusqu'à un niveau correspondant au point où les crins le traversent. Piquant encore sur l'extrémité de l'index gauche, la grande aiguille courbe traverse de nouveau la paroi abdominale en pénétrant à 8 ou 10 millimètres de son premier point d'entrée pour passer en dehors du sac. Son chas sorti par la plaie est enfilé avec l'extrémité inférieure d'un des crins qui traversent le sac, et l'aiguille est retirée ; on a donc un crin traversant le sac et comprenant dans son anse la moitié du sac avec un pont de paroi abdominale ; le cordon testiculaire reste libre.

La même manœuvre, exécutée de l'autre côté, permet de ramener à la peau l'extrémité inférieure de l'autre fil.

Les crins étant tenus tendus, on cesse la traction sur le sac qui remonte dans l'abdomen, et on noue chacun d'eux sur un rouleau de gaze.

Le sac est réséqué au-dessous du point lié, à la distance ordinaire ; on fait l'oblitération des vaisseaux par torsion, 48 heures après on coupe et on enlève les fils.

Dans la hernie crurale on passe les fils au-dessous de l'arcade de Fallope qu'ils traversent. Il faut prendre garde à la veine fémorale qui doit être protégée par l'index.

Tel est donc, actuellement, l'état de la question.

Nous sommes en présence de trois types de procédés excellents, celui de Macewen par pelotonnement du sac ; celui de Bassini par rapprochement des piliers et sutures des parois, enfin celui de Defontaine avec suppression des fils perdus remplacés par des fils temporaires.

Cependant les uns et les autres peuvent donner prise à la critique, justement par l'absence même des qualités qui font la valeur des autres.

On sent alors le besoin d'un procédé nouveau s'inspirant des progrès considérables réalisés jusqu'alors, et réunissant les avantages des procédés jugés les meilleurs : emploi du sac comme obturateur du canal ; rapprochement des piliers et suture des parois ; suppression des fils perdus. C'est à cet idéal que répond le procédé de MM. Duplay et Cazin.

CHAPITRE II

Indications et Contre-indications. Manuel opératoire.

Les conditions requises pour toute cure radicale de hernies étant remplies, voyons si le procédé Duplay-Cazin peut s'appliquer dans tous les cas, et quelles en sont les indications spéciales.

Il est certain que, dans une énorme éventration avec large écartement des piliers, le nœud au sac, pour éviter une récurrence presque inévitable, serait illusoire, de même que le rapprochement des piliers, par des fils d'argent temporaires, ne présenterait que des chances minimales d'une cicatrice solide et résistante, et que mieux vaut alors, si on se décide à une intervention, employer un autre procédé, en particulier celui de Kocher (Verlagerungs-methode).

D'un autre côté, pour nouer le sac, il faut que celui-ci présente une certaine longueur, de façon à ce qu'on puisse le nouer une ou deux fois sur lui-même, ou encore le fendre et nouer ensemble, plusieurs fois de suite, les deux chefs ainsi obtenus. Il

faut encore que les parois du sac soient assez minces et flexibles. L'expérience a, d'ailleurs, prouvé que c'étaient les sacs à parois fibreuses et épaissies, ou encore surchargées de graisse, qui prêtaient le plus à un accident fréquemment observé, le sphacèle avec suppuration. On comprend aisément que ces tissus à vitalité déjà amoindrie supportent difficilement la diminution de l'afflux sanguin causée par le nœud au sac, et aboutissent trop souvent à la nécrose.

L'indication typique du procédé est donnée, dans la hernie inguinale, par une ouverture moyenne du canal, c'est-à-dire par ces cas où le rapprochement des piliers, ou la reconstitution de la paroi présentent de réelles difficultés, en raison soit de l'écartement même des piliers, soit de la faiblesse de la musculature pariétale ; ce sont les cas les plus fréquents : hernies datant de plusieurs années déjà, chez des sujets affaiblis. Alors, en effet, le peloton cicatriciel, constitué par le sac, contribuera à la solidité de la paroi et, par son volume, obturant l'anneau profond, empêchera toute nouvelle pointe de hernie de s'insinuer à travers le canal refermé mais quand même affaibli.

Une autre indication typique se présente dans la hernie crurale. La fréquence des accidents d'étranglement et la difficulté que l'on éprouve à placer convenablement un bandage, en raison du voisinage des vaisseaux fémoraux et de la veine saphène interne, conduisent presque fatalement, dans ce cas, à une opération sanglante. Or, il est inutile de rap-

peler quelle difficulté rencontre l'opérateur pour obturer l'anneau crural ; en effet, la suture de l'arcade fémorale au plan profond constitué par l'aponévrose du pectiné, placée immédiatement sur le plan osseux du pubis, ne saurait être durable. Si, dans un tel cas, on a la chance de trouver un sac assez long et assez mince, répondant aux conditions ci-dessus énumérées, on peut alors espérer une obturation de l'anneau crural suffisante pour prévenir la récurrence.

Nous donnerons trois observations d'une telle intervention, et le procédé Duplay et Cazin nous paraît être alors le procédé de choix.

Il est encore un cas à examiner : c'est le cas de hernie crurale ou inguinale étranglée. On s'accorde alors à faire suivre le débridement de la cure radicale, si toutefois l'état de l'intestin le permet.

Or, dans deux cas analogues rapportés dans nos observations (Obs. XI et XV) nous avons constaté des suites opératoires sérieuses et, bien que la terminaison ait abouti chaque fois à la guérison, il semble que, là encore, il y ait contre-indication pour le procédé Duplay-Cazin ; c'est qu'alors l'intestin étranglé presse réciproquement sur le collet du sac, amenant dans les vaisseaux sanguins de ce dernier une stase favorable à l'infection. En effet, à la faveur de cette congestion les colonies microbiennes, si nombreuses dans l'intestin, trouvent une condition favorable de développement et envahissent peu à peu les parois mêmes du tube digestif qui infecte alors secondairement le sac déjà en état de *minoris*

resistentiæ. Nous déduirons donc de nos observations qu'il vaut mieux alors employer un autre procédé, surtout si l'étranglement date de quelque temps, ce qui présente le plus souvent, car on ne se décide à l'opération qu'après avoir essayé, par divers moyens, de réduire la hernie; et il est probable que ces manœuvres auront pu contribuer à la congestion et à l'infection imminente du sac.

MM. Duplay et Cazin exposent ainsi leur procédé et en font ressortir les avantages.

Les temps principaux de l'opération étant au nombre de quatre : incision des parties molles, dissection du sac, traitement du sac, enfin suture de la paroi abdominale et des téguments, les modifications introduites portent exclusivement sur le troisième et le quatrième temps de l'opération. Elles ont pour but de remédier aux inconvénients sérieux qui peuvent résulter de l'emploi des fils perdus en même temps qu'elles ont permis de réaliser, sur un nombre de malades déjà très important une cure radicale dont la solidité s'est montrée, jusqu'à présent, des plus satisfaisantes.

Manuel opératoire. — Après l'ouverture du sac on pratique la dissection en la poussant aussi loin que possible, de façon à décoller une portion du péritoine pariétal s'étendant à deux ou trois centimètres des limites de l'orifice inguinal supérieur.

Un aide saisissant alors le sac à sa base, de façon à le maintenir très tendu, l'attire entièrement au dehors, pendant que le chirurgien fait avec la totalité

du sac un premier nœud qu'il serre seulement après l'avoir fait remonter le plus haut possible, au ras de l'orifice inguinal interne, sur le pédicule fortement tendu. Cette précaution a une grande importance attendu que si on serrait ce premier nœud en un point du sac trop éloigné de la base du pédicule le bouchon qui en résulterait ne se réduirait pas. Or, il est indispensable qu'il disparaisse complètement en arrière du plan pariétal de l'abdomen, absolument comme le pédicule qu'on obtient après la ligature et la résection du sac.

Lorsque ce premier nœud est fait, pour l'empêcher de se desserrer, on fait immédiatement, quand le sac est assez long, soit un second nœud et même un troisième nœud semblables disposés l'un derrière l'autre, soit un double nœud, ce qui est moins solide, puis, fendant en deux le reste du sac dans toute sa longueur, on noue ensemble une ou deux fois de suite les deux chefs ainsi obtenus. Enfin, pour avoir plus de solidité, on peut encore passer chacun des deux chefs à travers un orifice pratiqué dans l'autre chef, de façon à s'opposer à tout glissement. Si les deux lanières résultant de la section longitudinale du sac ont une longueur suffisante, on peut parfois répéter cette dernière manœuvre deux ou trois fois de suite.

Dans certains cas le sac est trop court pour être noué ou bien encore, comme dans les hernies anciennes, il présente souvent une épaisseur trop considérable et une consistance trop rigide pour être noué dans sa totalité d'une façon suffisamment

solide. Le nœud se relâche en effet, d'autant plus facilement que les parois du sac sont plus épaisses et plus rigides. Dans les cas de ce genre nous ne cherchons pas à nouer le sac dans sa totalité, et nous le fendons en deux dans toute sa longueur pour nouer ensemble plusieurs fois de suite les deux moitiés résultant de cette section longitudinale.

Toutes les manœuvres que nous venons d'indiquer se font, avec un peu d'habitude, en moins de temps qu'il n'en faut pour les décrire. On se sert de pinces hémostatiques pour saisir le sac où les doigts glisseraient et ne pourraient le saisir solidement.

Lorsque le dernier nœud est achevé il suffit de faire cesser la traction qui maintenait le sac au dehors pour le voir disparaître entièrement en arrière de la paroi abdominale, exactement comme on voit disparaître le pédicule dans l'opération classique après la ligature et la résection du sac.

Après la réduction du sac ainsi transformé en une sorte de peloton conique, nous avons constamment pu nous assurer, chez tous nos opérés, que la base du peloton qui doit correspondre à la cicatrice péritonéale se trouvait toujours au moins à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal supérieur.

Comme on peut facilement s'en rendre compte et comme nous avons pu le constater non seulement immédiatement après l'opération, mais encore deux ou trois mois plus tard, le sac est transformé, par les nœuds successifs, en un bouchon solide faisant saillie sous le péritoine et constituant entre celui-ci et

l'anneau inguinal supérieur une masse obturatrice qui, comme dans le procédé de Macewen, doit diminuer considérablement les chances de récurrence.

Pour réparer la paroi postérieure du canal inguinal, on procède de la façon suivante :

Après avoir isolé et récliné avec soin le cordon spermatique et placé une pince de Kocher sur chacun des plans qu'il s'agit d'affronter sur la lèvre postérieure de l'arcade crurale et sur le tendon conjoint, de façon à pouvoir attirer au-devant de l'aiguille les tissus qu'elle doit traverser, un premier fil d'argent de moyenne grosseur, perforant la peau à deux centimètres au moins au-dessus de la lèvre inférieure de l'incision cutanée, traverse obliquement les parties molles sous-jacentes, puis l'arcade crurale et, de l'autre côté, du fond de la plaie, charge tout le tissu musculaire que la pince placée sur le tendon conjoint peut soulever au-dessus de la pointe de l'aiguille ; grâce à cette manœuvre, l'aiguille traverse généralement la couche musculaire à 12 ou 15 millimètres au-dessus de son bord inférieur. L'aiguille d'Emmet permet de passer le fil en une seule fois.

Recourbé en U, de façon à embrasser les tissus sur une largeur de 1 centimètre environ, le même fil traverse en sens inverse les mêmes plans, de façon à venir ressortir à la peau à 2 centimètres également au-dessous de la lèvre inférieure de l'incision cutanée. L'orifice de sortie doit être séparé de l'orifice d'entrée par un intervalle de 8 à 10 millimètres. Il suffira donc de tirer légèrement sur les deux chefs du fil et de les tordre ensemble sur un rouleau

de gaze stérilisée, les séparant de la peau, pour obtenir une coaptation parfaite des plans profonds.

Deux ou trois de ces fils, disposés en U, sont généralement suffisants pour reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal.

Le cordon spermatique étant remis en place, cinq ou six fils d'argent sont passés d'un côté à l'autre de la plaie cutanée comprenant successivement de bas en haut les piliers de l'orifice inguinal superficiel, puis les deux lèvres de la paroi antérieure du canal incisée au début de l'opération.

On serre alors les anses profondes que l'on fixe en les tordant sur des rouleaux de gaze aseptique.

On serre ensuite les anses superficielles en faisant chevaucher l'une sur l'autre chaque lèvre de la paroi antérieure, de façon à retrécir le canal et à obtenir en même temps une cicatrice plus solide.

Les fils superficiels sont enlevés après sept ou huit jours, les fils profonds après douze à quinze.

Comme on le voit, ajoutent MM. Duplay et Cazin, notre procédé remplit une triple indication :

1^o Fermeture parfaite et solide de l'orifice herniaire ;

2^o Reconstitution de la paroi postérieure du canal ;

3^o Réfection de la paroi antérieure, le tout avec suppression des fils perdus.

CHAPITRE III

Observations

Nos 15 observations ne sont point rangées par ordre chronologique : nous avons cru préférable de mettre d'abord en regard celles qui ont eu des suites opératoires normales (I à VII), ensuite celles qui ont présenté une sécrétion prolongée retardant la guérison, VIII et IX : celles qui ont suppuré X, XI et XII. Enfin, les observations relatives à des hernies crurales, XII, XIV et XV, cette dernière étranglée.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé SIRAUD)

HERNIE INGUINALE GAUCHE

R..., Pierre, 23 ans, forgeron. Entré le 12 juillet 1897, à l'Antiquaille, service de M. le professeur Augagneur.

Hernie épiploïque inguinale gauche du volume d'un œuf de poule ; opéré le 6 août 1897. Le sac assez long est traité par le procédé Duplay-Cazin, on suture les piliers avec une suture en surjet faite avec du catgut. Pas de drainage.

Le lendemain et le surlendemain, élévation de température jusqu'à 39°,5 mais pas de signes de péritonite, ni de douleurs

locales ; on enlève le pansement et on constate un léger hématome ; on n'enlève pas les fils, on se contente d'applications locales de glace, et d'administration d'extrait thébaïque.

Depuis, le malade va bien, la température n'a pas dépassé 38°; l'état général est excellent ; pas de douleurs ; on enlève les fils le 8^e jour. Le 14 août, on refait le pansement ; il existe à la partie moyenne de la ligne d'incision un point large comme une pièce de 20 centimes où la réunion ne s'est pas faite. Partout ailleurs réunion par première intention. Sur ce point on voit l'extrémité d'un fil de catgut, cause de la suppuration localisée. Ablation de ce fil, et pansement après lavage. Le 17 août, le malade sort. Plus de suppuration, l'hématome a disparu, pas de douleurs locales. La cicatrice paraît solide.

Le malade a été revu six mois après. Il était enchanté du résultat de l'opération. La cicatrice était solide et le canal inguinal obturé. Bien que le malade fût forgeron, il ne portait pas de bandage.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major Marcus, répétiteur de Chirurgie à l'Ecole du Service de Santé militaire.)

HERNIE INGUINALE GAUCHE CONGÉNITALE

P..., Gabriel, soldat de 2^e classe au 52^e régiment d'infanterie, voiturier, né le 26 août 1876.

Entre le 23 avril 1898, à l'hôpital Desgenettes, pour une hernie congénitale gauche descendant dans le scrotum. Pointe de hernie droite. On diagnostique une entéro-épiplocèle congénitale. Les parois du canal inguinal sont relâchées.

Opération le 26 avril. — Après avoir lié et réséqué l'épiploon hernié, on fend le sac en deux portions avec lesquelles on fait plusieurs nœuds très serrés. A noter qu'au premier nœud il se produit une syncope qui dure 20 minutes. Reconstitution des parois par la méthode de Bassini.

27 avril. — Pas de souffrances, de vomissements, ni d'élévation de température. Pas d'albumine.

4 mai. — Le malade, qui n'était pas encore allé à la selle, a une débâcle sous l'influence d'un lavement purgatif.

7 mai. — Premier pansement. Suppression des points de suture ; pas de suppuration.

10 mai. — Le malade étant guéri de sa plaie prend une pleurésie, est évacué sur une salle de fiévreux.

Juillet. — Le malade sort de l'hôpital, guéri de sa pleurésie. On le revoit au mois d'août. Il présente une cicatrice solide, un substratum fibreux répondant au canal inguinal. Il n'y a pas d'impulsion à la toux et il est impossible d'introduire le doigt dans le canal. En somme, réunion par première intention parfaite. Résultat excellent. Continue son service comme ordonnance.

Revu le 14 mai 1899. Le résultat s'est maintenu aussi parfait que possible : la cicatrice est souple, très peu apparente, mobile sur les plans sous-jacents ; l'anneau est petit, résistant et admet à peine l'extrémité de l'index. Il n'y a aucune impulsion à la toux ou à l'effort ; il existe simplement, à la partie supérieure du cordon, quelques légères varicosités.

OBSERVATION III

(M. SIRAUD)

HERNIE INGUINALE DROITE

L..., Henri, 23 ans, journalier. Entré le 27 septembre 1898, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe (service de M. Gangolphe).

Hernie inguinale droite facilement réductible. Le canal inguinal est très élargi. La hernie n'étant pas maintenue sort dès que le malade est debout. Elle a sensiblement grossi depuis trois ou quatre ans.

Pas de coliques, pas de gêne dans la marche, pas de troubles dans la défécation.

1^{er} octobre. — Opération. Dissection du sac qui est mince, presque transparent ; il contient un peu d'épiploon. Le sac est fendu sur sa longueur, divisé en deux chefs et noué. Suture des piliers au-devant du sac refoulé dans le canal. Suites opératoires simples, pas de suppuration ; guérison le douzième jour.

Ce malade a été revu quatre mois après. L'oblitération du canal était parfaite. Rien ne sortait au niveau de l'anneau,

OBSERVATION IV

(M. SIRAUD)

VOLUMINEUSE HERNIE INGUINO-SCROTALE DROITE ; ACCIDENTS D'ÉTRANGLEMENT INCOMPLET. — DÉBRIDEMENT ET CURE RADICALE.

G..., 62 ans, Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe (service de M. Gangolphe), est opéré par M. Siraud, le 4 février 1899, pour une volumineuse hernie inguino-scrotale droite brusquement descendue dans le scrotum le 31 janvier et n'ayant pu être réduite. A la suite de cette descente herniaire se produisirent quelques accidents incomplets d'étranglement. Vomissements, (non fécaloïdes), météorisme, arrêt incomplet des matières et des gaz.

Opération. — Dissection et isolement du sac très long à parois épaisses. Les éléments du cordon sont dissociés tout autour du sac ; les vaisseaux spermatiques antérieurs sont trouvés en avant et en dehors du sac. Le canal déférent et quelques vaisseaux spermatiques sont en dedans et en arrière. Une anse intestinale grêle, rouge, un peu tuméfiée en forme de demi couronne, est dans le sac. Celui-ci est partiellement réséqué. On divise la portion restante en deux chefs latéraux qu'on noue. Les piliers sont suturés au devant.

Suites simples, pas de suppuration, ni de phacèle.

OBSERVATION V.

(M. MARCUS)

HERNIE INGUINALE DROITE

B..., Etienne, 7^{me} Compagnie d'ouvriers d'artillerie. Tourneur. Né le 1^{er} février 1878.

Entré, le 18 mars 1899, à l'hôpital Desgenettes pour une hernie inguinale droite survenue, à son dire, à la suite d'un effort il y a 5 jours. Il est plus probable qu'il s'agit d'une hernie congénitale.

À l'examen, la paroi abdominale antérieure est faible, les sail-

lies de digitation du grand oblique y sont très visibles. Du côté droit aux environs de l'hypochondre, et dans l'intervalle des digitations inférieures ou grand oblique, la paroi est comme déchirée, et lorsque le malade tousse, la paroi est légèrement soulevée sur ces points.

Opération le 25 mars 1899. — Au milieu des éléments du cordon dissociés, on trouve facilement le sac qui est dégagé jusqu'au delà de son collet. Il présente une longueur de 12 centimètres, et une largeur de 3 travers de doigt sans exagérer la tension. Il est fendu et noué 5 fois sur lui-même.

26 mars. — Vomissements bilieux. Tempér. 37° 4.

29 mars. — Le malade se plaint d'une douleur gênante, au niveau des reins, et de picotements au niveau de la plaie. N'est pas encore allé à la selle. Selle spontanée dans la soirée.

4 avril. — 1^{er} pansement. Réunion parfaite, sauf au niveau du drain. On retire les fils.

12 avril. — 2^e pansement. Guérison.

27 avril. — Sort avec un congé de convalescence. La région opérée est le siège d'un empâtement dur, fibreux, cordiforme, suivant la direction du canal. Le doigt ne peut pénétrer dans celui ci. Il semble, cependant, qu'il y ait un point faible et l'on conseille au malade de le renforcer par le port d'un bandage à ressort faible.

OBSERVATION VI.

(M. SIRAUD)

HERNIE INGUINO-SCROTALE GAUCHE CONGÉNITALE.

RECONSTITUTION DE LA VAGINALE.

B., François, 23 ans, opéré, le 28 mars 1899, salle Ste-Marthe n° 1. par M. Siraud, présente une hernie inguino-scrotale gauche qu'on soupçonne être congénitale, en raison de l'existence d'un testicule gauche petit à pédicule court, presque en ectopie inguinale et refoulable dans l'anneau.

Opération. — Dissection minutieuse du sac à parois minces, et dont le fond adhère à la vaginale ; cette séreuse n'est pas

fermée en haut; un diaphragme incomplet, perforé à son centre, sépare le fond du sac de la séreuse (en communication l'un avec l'autre). La vaginale est fermée au catgut, et le sac étant ouvert montre un contenu épiploïque adhérent aux parois. L'épiploon est réséqué entre des ligatures en chaîne. Le sac, libéré, est noué. La paroi abdominale mince, peu résistante est reconstituée par trois plans de suture.

Suites simples, pas de température, pas de suppuration. Au douzième jour guérison.

Gros plastron abdomino-inguinal.

OBSERVATION VII

(M. SIRAUD.)

HERNIE INGUINALE DROITE.

C..., Jean, 27 ans, miroitier. Entré le 3 août 1897 à l'Antiquaille, service de M. Augagneur.

Hernie inguinale droite ayant débuté, il y a 7 mois, maintenue par un bandage. Son volume est celui d'un œuf de poule : on peut la réduire et l'anneau laisse passer l'index ; il n'y a pas de gargouillement intestinal et la tumeur est peu sonore.

Opéré le 9 août 1897. Le sac isolé est long et mince ; il contient un peu de liquide ; la hernie est épiploïque, réduction de l'épiploon. Nœud du sac. Suture à la soie des piliers et des parties molles sous-cutanées.

Le malade n'a jamais eu de température ni d'infection ; un fil de soie, le 12 août, donne un peu de suppuration vite tarie ; pas de phlébite du cordon, pas d'hématome.

Au moment de la sortie du malade, 4 septembre, la plaie est entièrement cicatrisée : à la partie supérieure de la ligne d'incision, toutefois, on trouve un point, de fort petite dimension, d'où sort une petite quantité de liquide lorsqu'on presse les plans profonds. La cicatrice est solide, résistante à la toux et à l'effort ; on conseille cependant au malade un bandage en raison du métier pénible qu'il fait.

Revu le 19 mai 1899. La hernie ne s'est plus reproduite. Le malade est très satisfait du résultat de l'opération ; en effet,

la cicatrice est solide, n'est pas douloureuse et ne cède ni à la toux ni à l'effort. Le malade continue cependant de porter son bandage.

OBSERVATION VIII

(M. MARCUS)

HERNIE INGUINALE DROITE, CONGÉNITALE

P..., Aimé, soldat de 2^e classe, 99^e régiment d'infanterie, dessinateur, né le 19 septembre 1877.

Entré à Desgenettes, 13 février 1899, pour une hernie congénitale, inguinale droite, oblique externe : il n'en a jamais souffert.

Opération le 18 mars. — Le sac est fendu et noué. Reconstitution des plans profonds au catgut fin. Réunion de la peau au crin de Florence. Drainage. Pansement compressif ; le soir, douleurs assez vives s'irradiant vers les lombes et le testicule droit.

19 mars. — Le malade rend quelques gaz.

25 mars. — Premier pansement ; on enlève le drain et on laisse les fils.

26 mars. — Le malade se plaint tellement qu'on défait le pansement qui contient une notable quantité de liquide séreux.

27 et 28 mars. — Douleurs nocturnes.

4 avril. — Pansement souillé par une notable quantité de liquide séreux analogue à celui du 26 mars. Pas de pus, ni de fièvre.

28 avril. — Guérison parfaite ; le malade se lève et part en convalescence vers la fin du mois.

OBSERVATION IX

(M. MARCUS.)

HERNIE INGUINALE GAUCHE

P... Jean-Edouard, 22^e bataillon de chasseurs à pied. Négociant, né le 6 juillet 1875,

Entré le 22 février 1899 pour une hernie inguinale gauche oblique externe, descendant dans le scrotum jusqu'au testicule. Contenu épiploïque. Malade robuste : paroi abdominale forte.

Opération le 14 mars. — Anesthésie à la cocaïne. Le sac isolé est vide et présente une longueur de 15 centimètres. Il est fendu aux ciseaux et les deux chefs en sont noués plusieurs fois. Le malade n'accuse aucune douleur spéciale à ce moment. Suture des piliers au catgut. Drainage. Pansement compressif.

15 mars. — Douleurs vives; sueurs profuses, céphalée. Ni coliques, ni gargouillement. Température normale.

17 mars. — Emission de gaz. Gargouillements.

23 mars. — Le malade est allé à la selle après avoir pris un lavement.

27 mars. — Pansement. Réunion par première intention. Au niveau du drain s'écoule une sérosité filante et jaunâtre. Ablation des fils et des drains.

3 avril. — 2^e pansement.

15 avril. — 3^e et dernier pansement.

17 avril. — Le malade part en convalescence. Cicatrice solide indolente, encore un peu bleuâtre. Impossibilité de pénétrer dans l'anneau inguinal comblé par du tissu fibreux sous forme de cordon, de la grosseur du petit doigt, à limites peu nettes.

Sous les efforts de toux, la cicatrice bascule mais l'intestin ne descend plus.

OBSERVATION X

(M. MARCUS)

HERNIE INGUINALE

S.,, Paul, soldat de 2^e classe, au 99^e de ligne, boulanger, né le 14 avril 1874.

Entre à Desgenettes, le 27 avril 1898, pour une hernie inguinale droite, contractée à la suite d'un effort en avril 1897. Le malade a successivement porté deux bandages qui, tout d'abord, contenaient bien sa hernie, mais, à la suite d'efforts prolongés, la hernie passait en dessous du bandage et augmentait. Il

demande à en être débarrassé, bien que sa hernie soit facilement réductible et qu'elle n'ait jamais amené d'accidents. Il a aussi une pointe de hernie à gauche.

Opération le 28 avril. — On trouve au milieu des éléments du cordon un sac vide, allongé, *épais*. On le traite par le procédé Duplay et Cazin modifié, c'est-à-dire qu'après avoir noué le sac, on en résèque une partie. Suture des piliers par la méthode Lucas-Championnière. Drainage. Pansement légèrement compressif après suture de la peau au crin de Florence.

Rien à signaler les deux premiers jours.

1^{er} mai. — On défait le pansement pour enlever le drain. On trouve une certaine quantité de sérosité. Aussi, laisse-t-on le drain. Le soir, brusque élévation de température, 39°2.

7 mai. — On refait le pansement qui contient une certaine quantité de pus. Les points de suture ont suppuré. On enlève les fils. On fait sortir par le drain, environ 30 gr. d'un pus jaune, bien lié, sans odeur. Le soir, 38°3.

9 mai. — On refait le pansement ; la plaie a meilleur aspect. Les plaies correspondant aux orifices des points de suture commencent à se déterger. Moins de pus dans le pansement et dans le drain. Pas de fièvre le soir.

11 mai. — Nouveau pansement, le pus diminue; pas de fièvre.

13 mai. — On refait le pansement. Presque plus de pus. La plaie a bon aspect ; on remet un drain plus petit et plus court.

15 mai. — Le pansement a été changé. Quelques gouttes de pus. Réunion parfaite, sauf au point où passe le drain dont on laisse une partie; état général excellent.

18 mai. — Le pus a disparu, on en enlève le drain.

24 mai. — Pansement. Plus de pus. Les bourgeons charnus à l'angle supérieur de la plaie sont bien détergés. A l'angle inférieur, la réunion est obtenue par une cicatrice adhérente au plan sous-jacent.

30 mai. — Rien à signaler, l'étendue de la plaie diminue. Cautérisation des bourgeons au nitrate d'argent.

4 juin. — La plaie est complètement fermée, sauf à l'angle

supérieur. Le malade va régulièrement à la selle. Nouvelle cautérisation. Etat général excellent.

12 juillet. — Guérison complète ; cicatrice régulière.

OBSERVATION XI

(M. SIRAUD)

HERNIE ÉTRANGLÉE INGUINALE DROITE

F..., Alexandre, 45 ans, avait, depuis trois ans, une hernie inguinale droite du volume d'une noix. Le 26 février dernier (1899), sa hernie s'étrangle et il entre le soir à l'Hôtel-Dieu, salle Carnot, où il est opéré d'urgence à 10 heures, par M. Siraud, qui, en présence des conditions anatomiques du sac simplement un peu rouge, pratique la nouûre du sac par le procédé Duplay-Cazin. Le premier pansement, en date du 1^{er} mars, ne révèle rien, le malade n'a pas eu de température, pas encore de selle, mais il y a eu expulsion de gaz.

Deux jours après, la température monte à 39° ; on panse le malade et il sort, par la partie inférieure de la plaie, une assez grande quantité de pus mêlée à des débris de tissu conjonctif qui semblent provenir du sac sphacélé. Après une semaine de température qui n'atteint plus 39°, tout rentre dans l'ordre et le malade sort guéri le 22 mars.

OBSERVATION XII

(M. SIRAUD.)

HERNIE INGUINO-SCROTALÉ GAUCHE

G... Elie, 17 ans, salle Ste-Marthe, présente une hernie inguino-scrotale gauche, apparue brusquement il y a deux ans. Cette hernie est dure, tendue, fluctuante et simule une hydrocèle.

Opéré le 10 mars 1899, par M. Siraud. Incision ; sac déshabité plein de liquide citrin, petit collet perforé d'un orifice communiquant avec le péritoine. Dissection complète du sac ; nouûre des *parois fibreuses assez épaisses*.

Apyrexie jusqu'au huitième jour ; à ce moment fièvre, 38°4. Au premier pansement on fait sauter tous les fils superficiels ; issue de pus et de débris sphacelés.

Suppuration et élimination de débris jusqu'au 28 mars. Guérison vers le 4 avril. Gros plastron dur dans le canal inguinal.

OBSERVATION XIII

(M. SIRAUD)

HERNIE CRURALE DROITE

I... , Berthe, 28 ans, sans profession, entre le 24 septembre 1898. Salle St-Martin, service de M. Gangolphe.

Hernie crurale droite survenue à la longue sans début bien net. Cette hernie, du volume d'une grosse noix, est dure et située au niveau de l'anneau crural.

La malade étant debout ressent des douleurs dans l'abdomen et des tiraillements dans la cuisse.

Opérée le 27 septembre 1898. — Dissection du sac d'une longueur de cinq centimètres environ ; ses parois sont assez minces, molles, souples ; nouûre du sac par le procédé Duplay-Cazin. Refoulement du sac pelotonné dans l'anneau.

28 septembre. — Suites simples. Pas de suppuration ni de température. Ablation des fils métalliques superficiels au huitième jour. La malade a quitté le service le 12 octobre, guérie. A l'examen, on sent l'anneau crural oblitéré par un tampon dur, résistant. Rien à l'effort ni dans les quintes de toux.

20 mai 1899 — La hernie ne s'est pas reproduite et la malade se montre contente du résultat de l'opération. Actuellement il n'y a presque plus trace de cicatrice et la malade nous dit elle-même que, malgré le travail assez pénible qu'elle est obligée de faire, elle ne ressent aucune douleur. Excellent résultat après huit mois.

OBSERVATION XIV

(M. SIRAUD)

HERNIE CRURALE GAUCHE IRRÉDUCTIBLE

P..., Antoinette, 26 ans, entrée le 5 mars 1899. Salle St-Martin.

On dissèque le sac qui est assez long pour qu'on puisse employer le procédé Duplay et Cazin, bien que le collet soit assez étroit et adhérent. Les suites opératoires sont des plus simples et la plaie se ferme rapidement.

La malade, guérie de sa hernie, contracte à l'hôpital une broncho-pneumonie d'origine probablement grippale qui l'emporte le 22 mars.

Nous avons pu faire l'autopsie et, au point de vue du résultat anatomique, nous avons trouvé:

Que la plaie était complètement cicatrisée; que le sac noué sur lui-même constituait une sorte de bouchon fibreux adhérent au pourtour de l'anneau crural et l'obturant d'une façon assez hermétique pour empêcher toute récurrence sur ce point.

OBSERVATION XV.

(M. SIRAUD.)

HERNIE ÉTRANGLÉE CRURALE DROITE.

B..., Maurice, 28 ans.

Il y a 4 ans, à la suite d'un effort, le malade ressentit de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Peu de jours après il s'aperçut de la présence d'une hernie, qui, tout d'abord, du volume d'une noisette, augmenta pendant quatre ans et acquit la taille d'une grosse noix. Depuis quatre mois le malade portait un bandage.

Le jeudi 9 mars 1899, vers huit heures du soir, le malade qui avait travaillé toute la journée, comme d'habitude, fut pris, après son repas du soir, d'un vif besoin d'aller à la selle. Dans un effort de défécation, il ressentit une vive douleur dans la région de sa hernie. Il constata alors que celle-ci était devenue dure

et qu'il lui était impossible de la faire rentrer. Il fut pris alors de douleurs abdominales généralisées.

Le malade va à la selle encore une fois, puis ensuite il rend intacts des lavements, et une purgation qu'il vomit.

Il est amené à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, le dimanche soir, 12 mars.

Opération d'urgence vers 10 heures, par M. Siraud. Dissection et isolement du sac assez volumineux; à l'ouverture, liquide séro-hématique sous le sac. Intestin rouge, tuméfié. Libération du collet aux ciseaux.

Les suites opératoires ont été bonnes pendant les cinq premiers jours. Puis vers le sixième jour un peu de température, 38°5, et des douleurs abdominales. Pansement; suppuration persistante avec élimination de lambeaux de tissu conjonctif.

1^{er} avril. — Sort guéri. Etat anatomique du canal excellent, la paroi abdominale à ce niveau est résistante, dure; on sent que l'anneau crural est fortement oblitéré par un tampon de tissu fibreux. A la toux ni à l'effort rien ne cède.

CHAPITRE IV

Statistique des résultats.

La statistique de M. Lucas - Championnière publiée en 1892 (Cure Radicale des Hernies, Paris 1892) porte sur 238 hernies inguinales ; il y a eu deux morts.

Hommes	219
Femmes.....	19

Sur ces 238 cas, 95 ont été revus :

2 après 9 ans ont porté bandage.

1 — 6 ans — bandage Rainal.

3 — 4 ans.

5 — 3 ans. 2 récidives Un mort, sans récidive,
autopsié par Delbet, bon résultat anatomique.

12 après 2 ans, 1 récidive.

14 — 1 an, 4 —

31 — 6 mois, 4 —

24 — 6 — 2 —

Soit 13 récidives et trois bandages.

La proportion des résultats heureux est donc de 85 %.

En somme la mortalité, bien que très faible, est constatée et les récidives après les directes applications de l'auteur lui-même sont relativement nombreuses.

Les conditions à réaliser dans la cure radicale des hernies consistent en la sécurité de l'opération et la simplicité du manuel opératoire, la bénignité des suites opératoires, et la persistance des résultats éloignés. Voyons si les divers procédés dont nous avons parlé réunissent, mieux que celui de Lucas Championnière, ces desiderata.

Les procédés de Ball, Phelps et Macewen reposent sur un même principe repris depuis par MM. Duplay et Cazin, l'utilisation du sac pour obturer l'orifice herniaire. Il est certain que la méthode est excellente et que cette sorte d'autoplastie offre de multiples avantages.

Tout d'abord elle évite l'ouverture du péritoine; même après une ligature soignée, cette ouverture n'est pas complètement exempte de danger et la crainte d'accidents péritonéaux, malgré l'asepsie, doit être toujours présente à l'esprit de l'opérateur.

D'un autre côté, la cicatrice devant servir à contenir toute nouvelle poussée des viscères ne saurait être rendue trop solide et l'excision du sac prive la paroi d'une certaine quantité d'un tissu résistant, susceptible de se nourrir lui-même, de contracter des adhérences avec les tissus voisins cruentés par l'opération et de contribuer ainsi à une solidité pariétale

que l'on ne saurait assurer par trop de moyens.

Enfin la résection du sac après ligature forme sur le péritoine pariétal une cicatrice ultérieure, rétractile, pouvant par conséquent déterminer autour d'elle une dépression infundibuliforme, amorce possible d'une nouvelle pointe de hernie, tandis que la conservation du sac évite cet inconvénient.

Le procédé qui fait le sujet de notre thèse participe bien à ces avantages réels, car le sac est respecté; bien que, dans une de ses variétés, on fende le sac en question, ce n'est qu'après l'avoir noué solidement sur lui-même, après avoir clos par conséquent la cavité abdominale.

« Mais, dit M. Jaboulay (1), dont l'autorité ne saurait être soupçonnée, tous ces procédés sont fort
« beaux, mais il nous semble que ces sacs qui sont
« liés, plissés, ridés, ne doivent vivre que difficile-
« ment et, par suite, peuvent produire de l'infection.
« Pour notre compte il nous est arrivé souvent, sur-
« tout dans le cas de grosses hernies inguinales,
« d'utiliser le sac à la façon d'un suspensor passé de
« bas en haut et d'arrière en avant à travers les
« parois abdominales, après l'avoir invaginé dans
« le canal jusqu'à l'orifice profond et, parfois, nous
« avons eu de la suppuration. »

Faisons remarquer tout d'abord que la grosse contre-indication du procédé Duplay-Cazin est justement ce cas de grosses hernies, présentant naturellement des sacs épaissis, fibreux ou graisseux,

(1) JABOULAY. — Hernies, Traité de Dentu-Delbet, t. VII, p. 721.

qui prêtent, nous l'avons nous-même reconnu, au sphacèle et à la suppuration.

Voyons ensuite si cette suppuration est fréquente et si elle constitue un réel danger.

Ball (*Brit. Med. Journ.*, 1887) parle de vingt-deux cas de cure radicale de hernie par son procédé sans aucune mort et quatre fois avec abcès scrotal. Sur les vingt-deux, trois seulement portent bandage à cause de la tendance à la récurrence, un n'a pas été suivi, le reste va bien. Malgré ces quatre cas d'abcès et la date de la statistique, la proportion vient à l'appui de la théorie que nous soutenons.

Macewen, la même année (*Brit. med. Journ.*, août 1887), constate, après un temps variant de 2 mois à 5 ans, que sur 44 cas opérés par son procédé :

- Il a eu 37 bons résultats avec occlusion parfaite,
une région ferme sans port de bandage,
- 5 bons résultats après une légère suppuration.
- 1 bon résultat, avec port de bandage pendant le travail.
- 1 échec, mais dans un cas de hernie volumineuse.

Voici donc 9 cas de suppuration qui se terminent favorablement. D'ailleurs si M. Jaboulay se montre pessimiste à l'égard de cette méthode, M. Kocher (de Berne) (1), qui a repris cette idée en donnant son nom au procédé qu'il appelle encore méthode de

(1) KOCHER. — *Centralbl. für Chir.*, 1897, p. 529.

transposition, est, au contraire, partisan de cette forme d'intervention et sa manière de voir est appuyée sur des statistiques successives dont la comparaison est instructive à ce point de vue.

De 1875 à 1886, 42 cas opérés par
diverses méthodes..... 7 récidives

De 1886 à 1891, 81 cas opérés par
diverses méthodes..... 7 récidives

De 1891 à 1892, Kocher emploie sa
méthode dans 76 cas avec seulement.. 2 récidives

Enfin, en 1897, il fait paraître les résultats de
112 cas opérés au moyen de sa méthode, 4 cas seule-
ment ont échoué.

Deux de ces cas étaient des hernies doubles.

Les deux autres malades avaient déjà subi des
opérations de hernies et étaient prédisposés.

Les cas heureux se décomposent ainsi :

23 cas opérés par Berezowsky en 1893.

24 — par Kocher en 1894.

35 — — en 1895.

26 — — en 1896.

Il faut ajouter que tous ces cas de guérison n'ont
pas été sans quelques retards au début.

Dans 91,3 % des cas la guérison a été com-
plète, c'est-à-dire, pour Kocher, que le drain étant
enlevé au bout de un à deux jours, la plaie est com-
plètement fermée avec les points de suture, si bien
que les malades pouvaient être abandonnés à eux-
mêmes au bout de 10,7 jours.

Chez 8, 7 % la guérison a été retardée par une sécrétion plus longue ; pour ces derniers, la moyenne de la cure était de 32,6 jours.

Ces variations tiennent soit à la taille des hernies soit à leur forme, soit à l'âge des malades. Après 35 ans la guérison exige 4 jours de plus que chez les jeunes malades.

Quoi qu'il en soit, dit M. Kocher, si nous comparons les dangers des méthodes, nous pouvons affirmer que, dans les 112 cas cités plus haut, plus 14 que nous n'avons pu suivre à distance, nous n'avons pas eu un seul cas de mort.

Ainsi donc, si cette sécrétion qui se présente fréquemment et si cette suppuration que nous avons constatée plusieurs fois sont contraires à l'idéal que l'on doit se proposer dans une opération chirurgicale, il n'en reste pas moins acquis que jamais elles n'ont abouti à des accidents sérieux, ni à un retentissement péritonéal, que rarement même elles n'ont été accompagnées de température.

D'ailleurs, comme le fait encore remarquer M. Kocher(1), que nous nous plaisons à citer : « Quel est le chirurgien qui, avec n'importe quelle méthode, n'a jamais vu suppurer une cure radicale de hernie ? » Et encore « la suppuration n'est-elle pas plus fréquente, en cette région, que dans toute autre partie du corps ? »

Quant au procédé de Bassini, lorsqu'il est appliqué par un chirurgien habile, les résultats en sont remar-

(1) KOCHER. — *Centralblatt für Chirurg.* 1897.

quables, et il semble bien, qu'au point de vue du résultat éloigné, on ne puisse idéalement trouver mieux. Pratiquement, cependant, l'exécution en est difficile et délicate et, plus que partout ailleurs, un accident dû aux fils compromettrait le succès de l'intervention. Aussi le procédé de MM. Duplay-Cazin, qui présente les mêmes avantages, étant basé, d'ailleurs, sur le même principe, peut invoquer en sa faveur la suppression des fils à demeure et, de plus, cette facilité d'exécution toujours à portée du modeste praticien comme d'un chirurgien expert en possession d'un outillage supérieur.

Quant aux procédés fondés sur la suppression des fils perdus de MM. Pouillet et Defontaine que nous avons cités, ils ont surtout le mérite d'avoir cherché à résoudre le problème et ne sont guère employés que par leurs auteurs. Ils ne cherchent point ni l'un ni l'autre à refaire les parois elles-mêmes du canal et il faudrait voir leurs statistiques à longue échéance pour juger de la valeur de leurs procédés.

« M. Defontaine nous écrit lui-même que son procédé ne peut valoir moins qu'un procédé à ligature du sac sans suture des piliers ; une seule chose peut lui être supérieure, dit-il, c'est la méthode des fils perdus sur les piliers et cette manière de faire qu'il emploie souvent, combinée à son procédé, constitue pour lui la meilleure méthode générale, à condition que ces fils soient tolérés, mais dans le cas même où ils ne le seraient pas, cela présente moins d'inconvénients que l'intolérance de la ligature du sac. »

M. Defontaine n'est pas partisan des fils temporaires pour la suture des piliers, estimant que lorsqu'ils sont enlevés, on est dans la même situation que lorsqu'ils n'ont pas été placés.

Cependant cette suppression des fils perdus est à l'ordre du jour et nombreux sont les chirurgiens qui ont modifié le Bassini dans ce sens et qui, ayant trouvé un moyen quelconque de placer seulement des fils temporaires, croient avoir réalisé un réel progrès.

Ce n'est point là d'ailleurs que réside l'originalité du procédé que nous étudions; il paraît cependant que, dans ce cas encore, il soit plus simple et susceptible d'une plus large application que tous les autres; les résultats de la suture ainsi faite, et qui n'est pas d'une pratique difficile, semblent excellents. Dans quelques services de chirurgie, en effet, celui de M. le professeur agrégé Vallas, par exemple, si les premiers temps de l'opération ne sont pas conformes aux idées de M. Duplay-Cazin, on se sert fréquemment toutefois de leur mode de suture avec fils en anse temporaires, et l'on n'a qu'à se louer de son emploi.

Si nous voulions enfin donner une idée générale de la valeur du procédé, nous emprunterions encore à MM. Payot et Dézon les résultats de leurs observations et, en les ajoutant aux nôtres, nous établirions la statistique suivante:

54 opérés, pas de mort.

Une seule de nos observations, que nous rapportons à cause des résultats anatomiques trouvés à

l'autopsie, a une terminaison fatale, mais on ne peut vraiment la compter comme telle au point de vue des résultats de l'opération, car c'est une malade qui était guérie de sa plaie opératoire.

Résultats éloignés (nous ne comptons que les résultats datant d'au moins quatre mois après l'opération).

4	ont été revus après	2 ans, sans récurrence.
2	—	— 22 mois.
1	—	— 21
1	—	— 20
1	—	— 19
1	—	— 18
1	—	— 14
1	—	— 13
1	—	— 10
2	—	— 9
2	—	— 8
3	—	— 7
4	—	— 6
4	—	— 5
3	—	— 4

31 cas revus après 4 mois au moins sur 54 opérations. Pas une seule récurrence. A noter un cas de hernie crurale revu après 8 mois.

Les 23 autres malades n'ont pu être revus après un tel délai, mais tous, en sortant de l'hôpital, présentaient des résultats immédiats excellents sem-

blant promettre de bons résultats éloignés. La difficulté est parfois grande pour retrouver ces malades et ce n'est point faute de les avoir cherchés que nous n'avons pu, pour nos observations personnelles, les faire figurer dans notre statistique. D'ailleurs la plupart des interventions que nous rapportons sont trop récentes pour rentrer dans les limites que nous nous sommes fixées.

Au point de vue des suites immédiates de l'opération, sur 15 opérés nous avons :

8 fois des suites extrêmement simples avec une moyenne de 12 jours pour la guérison.

3 fois un écoulement de liquide séreux qui prolonge la cure et demande environ 30 jours pour la guérison complète.

4 fois enfin de la suppuration avec élimination de débris sphacelés. Deux de ces cas ont trait à des hernies étranglées ; dans les deux autres on a eu affaire à des sacs fibreux et épaissis (Voir contre-indications).

Pour les hernies étranglées, les malades ont guéri l'un en 19, l'autre en 24 jours.

La guérison des deux derniers malades a demandé une fois 25 jours, l'autre fois 33 jours.

Nos conclusions seront donc basées d'une part sur l'étude approfondie des conditions opératoires ; d'autre part sur la statistique des résultats immédiats et éloignés.

CONCLUSIONS

I. — Le procédé Duplay-Cazin présente le triple avantage :

- a.* D'employer le sac comme obturateur du canal ;
- b.* De reconstituer ainsi naturellement les parois abdomino-inguinales ;
- c.* De supprimer les fils perdus.

Son manuel opératoire est simple.

II. — Les suites opératoires sont généralement simples, si l'on respecte les indications et les contre-indications que nous avons discutées. Les accidents que nous avons observés sont rares : ils consistent en une sécrétion prolongée ou une suppuration due au sphacèle du sac ; ces accidents peuvent retarder la guérison.

La mortalité est nulle.

Les résultats éloignés sont excellents.

III. — Lorsque le procédé en question peut être appliqué à la hernie crurale, c'est le procédé de choix.

IV. — Il vaut mieux ne pas l'employer dans le cas de hernie étranglée : l'infection spontanée possible des parois du sac et les modifications de la circulation à ce niveau exposent à peu près sûrement au sphacèle.

Vu :

Le président de la thèse,

LAROYENNE.

Vu :

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le recteur, président du Conseil
de l'Université,*

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGIER. — Thèse de Lyon, 1895.
- BERGER. — Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, 1898, t. VI (Hernies).
- Bulletin de la Société de Chirurgie, 8 juin 1891. -- Discussion sur le choix des sutures.
- DEFONTAINE. — Nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1897, t. VI.)
- DÉZON. — Thèse de Paris, 1898.
- DUPLAY. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1898.
- JABOULAY. — Traité de Chirurgie Delbet et Le Dentu 1899, t. VII (Hernies).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies avec une étude statistique.
- PAYOT. — Thèse de Paris, 1897.
- POULLET. — Cure radicale des hernies par un lambeau fibro-périostique (*Lyon Médical*, 19 décembre 1893). *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894.
- SEGOND. — Thèse d'agrégation, Paris 1883.

Auteurs anglais

- BALL. — Traitement des hernies inguinales par la torsion du sac (*Brit. Med. Journ*, 6 septembre 1884).
- BALL. — Traitement des hernies inguinales par la torsion du sac (*Brit. Med. Journ*, 10 décembre 1887).

MAC-EWEN. — Nouvelle cure radicale des hernies (*Brit. Med. Journ.*, décembre 1887, et *Brit. Med. Journ.* 11 novembre 1892). — *Annals of Surgery*, août 1896.

PHELPS. — Nouvelle opération pour les hernies (*New-York Med. Journ.*, 8 septembre 1894).

Auteurs allemands

BEREZOWSKY. — *Deutsche Zeitung für Chirurgie*, 1895, t. XL.

KOCHER. — Zur Radicaleur der Hernien (*Corrèsp. blatt Schw. Aert.*, 1892. *Arch. für Klin. Chirurg*, 1895, t. L, page 170. *Centralblatt für Chirurg*, 1897, page 529.

